Di
1884
Lane Medical Library

Beiträge

zur

Lehre von der Typhlitis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe.

Vorgelegt

der Hohen Medicinischen Facultät der Universität Göttingen

von

Cosmann Hoffmann

aus Aurich.

Göttingen 1884.

Druck der Dieterichschen Univ.-Buchdruckerei.

W. Fr. Kaestner.

Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Ebstein sage ich für die mir bei dieser Arbeit geleistete Hülfe besten Dank.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154024_0062

Im Folgenden habe ich mit der gütigen Erlaubnis des Herrn Prof. Ebstein die Fälle von Typhlitis, Peri- und Paratyphlitis, welche in der medicinischen Klinik zu Göttingen vom 1ten April 1877 bis zum 1ten April 1882 zur Beobachtung gekommen sind, zusammengestellt, um mich, so weit das an der Hand der Fälle möglich ist, über die Aetiologie, den Verlauf und besonders über die Behandlung dieser Erkrankungen auszulassen. Es steht mir hierzu das Material von 13 Fällen zur Verfügung.

Bekanntlich versteht man unter Typhlitis eine Entzündung, die sich am Coecum und Processus vermiformis abspielt, während bei der Perityphlitis der peritoneale Ueberzug, und bei der Paratyphlitis das retroperitoneale Bindegewebe dieser genannten Gebilde afficirt sind.

Dr. Unger hat zuerst im Jahre 1828 ausführlich über die Krankheiten der Coecum geschrieben und von der Typhlitis, als einer besonderen Krankheitsform geredet. Puchelt (Heidelberger klin. Ann.) führte den Namen „Perityphlitis“, und Oppolzer (Wiener med. Wochenschrift, 1863, Nr. 6—7) die Bezeichnung „Paratyphlitis“ in die medicinische Wissenschaft ein.

Die Peri- und Paratyphlitis stellen in der Mehrzahl der Fälle secundäre Vorgänge dar, denen am häufigsten Entzündungen am Coecum und Wurmfortsatz zu Grunde

liegen. Selten schliesst sich die Perityphlitis an eine Oophoritis, Salpingitis Perimetritis u. s. w. an. Ebenso kommt es fast gar nicht vor, dass eine Perinephritis Parametritis, Psoitis u. s. w. in Paratyphlitis übergeht.

Die Hauptsymptome dieser Entzündungsformen, welche rücksichtlich ihrer Oertlichkeit nicht scharf von einander zu trennen sind und nicht zu selten nebeneinander bestehen, sind folgende:

Dyspepsie, Verstopfung abwechselnd mit Durchfall, Erbrechen und kneifende Schmerzen in der Regio ileo coecalis, die oft nach dem rechten Oberschenkel hinausstrahlen. In der rechten Darmbeingrube lässt sich eine deutliche Resistenz nachweisen, welche gegen Druck meist empfindlich ist und gedämpften Percussionsschall giebt. Meistens ist eine Temperaturerhöhung und dementsprechend Pulsbeschleunigung vorhanden. Die Urinmenge wird in der Regel geringer, als sie in der Norm beträgt.

Ich erlaube mir jetzt zunächst die Krankengeschichten der mir zu Gebote stehenden Fälle folgen zu lassen, um dann die oben angegebenen Punkte einzeln besprechen zu können.

I. Fall.

Braunrodt, Reinhardt, 18 Jahre alt.
Aufgenommen, am 2. Dec. 1877.
Entlassen, „ 28. „ „

Pat. giebt an, er habe im Frühjahr dieses Jahres in Folge eines kalten Trunkes Leibschmerzen bekommen, habe dabei geschwitzt, wässrige Massen erbrochen und Durchfall gehabt. Er habe dabei nur einen Tag das Bett gehütet. Seit Sonntag vor 8 Tagen leide er wiederum an Unterleibsschmerzen, welche durch Erkältung entstanden sein sollen. Am 26. November seien die Bauch-

schmerzen Nachts so heftig geworden, dass sie ihn aus dem Schlafe aufweckten. Dieselben haben in den letzten Tagen etwas nachgelassen. Der Stuhl sei dünn gewesen.

Stat. praes.

Temp. 38, 2 C. Puls 100. Resp. 24.

Pat. klagt über Schmerzen in der rechten Darmbeingrube. Angeblich kann er das rechte Bein nicht so gut bewegen, wie das linke. Der Bauch ist unterhalb des des Nabels etwas aufgetrieben. In der rechten, unteren Bauchgegend besteht eine Druckempfindlichkeit, die am grössten in der Gegend der Spina ant. sup. oss. ilei ist. In dieser Gegend lässt sich eine Resistenz nachweisen, die gedämpften Percussionsschall giebt.

Milz nicht vergrössert. Leber beginnt in der Höhe VI. Rippe, überschreitet den Rippenbogen um 3 Querfinger in der Mammillarlinie. Respiration unbehindert. Lungen normal. Herz von normaler Ausdehnung. Pat. kann sich ohne Zunahme der Schmerzen aufrichten. Harn sauer, frei von Eiweiss.

Am 4. und 5 XII. dünner gelber Stuhlgang. Abnahme der Schmerzen und der Druckempfindlichkeit.

6. XII. Kein Stuhlgang. Verkleinerung der Resistenz und fast völliger Schwund der Druckempfindlichkeit.

Am 7., 8. und 9. XII. dünner Stuhl. Weitere Abnahme das Exsudats.

11. XII. Kein Stuhlgang seit vorgestern.

14. XII. Kaum nachweisbare härte und Druckempfindkeit.

Im Beginn der Krankheit bestand geringe Temperaturerhöhung und Pulsbeschleunigung. Der Urin zeigte nichts Abnormes. Das Allgemeinbefinden war gut.

II. Fall.

Roth, Carl, 48 Jahre alt.

Aufgenommen, am 3. Dec. 1877.

Entlassen, „ 14. Jan. 1878.

Pat. will seit 10 Tagen in Folge einer Erkältung krank sein. Er hat Uebelkeit und Erbrechen von bitter schmeckenden Massen gehabt.

Es haben heftige Schmerzen im Leibe bestanden. Der Stuhl war dünn. Seit Sonnabend besteht Stuhlverstopfung. Von Anfang der Erkrankung an sei Hitze vorhanden.

Stat. praes.

Temp. 39, 2° C. Puls 76. Resp. 32.

Pat. klagt über Schmerzen im Bauch, Appetitlosigkeit und Stuhlverstopfung. Der Bauch ist normal configurirt, im Epigastrium etwas eingezogen. Die Bauchdecken sind ziemlich gespannt. In der rechten, unteren Bauchhälfte findet sich eine grosse Druckempfindlichkeit. Letzterer entspricht Resistenz, die sich in der Mittellinie scharf abgrenzt und oberhalb das Ligament. Poupart. am stärksten ist. Die Percussion ergiebt im Bereich der Härte gedämpften Schall, am meisten an der Stelle der grössten Schmerzhaftigkeit. Die Dämpfung erstreckt sich bis in die linke Lumbalgegend mit der Concavität nach oben. Die Leber beginnt am unteren Rand der VI. Rippe. Milz nicht vergrössert. Spitzenstoss nicht fühlbar. Herz nicht vergrössert. Harn sauer, eiweissfrei.

5. XII. In der Nacht spontane Entleerung eines ziemlich dünnen, sehr reichlichen Stuhls.

7. XII. 2 mal dünner Stuhl. Härte in der Regio ileocoecalis derber, überragt die Mittellinie.

8. XII. Wieder 2mal dünner Stuhl. Das Exsudat reicht nicht mehr bis zur Mittellinie. Abnahme der Dämpfung in der linken Unterbauchgegend. Ebenso Verminderung der Empfindlichkeit des Bauches.

9. XII. Dünner Stuhlgang. Exsudat wieder verkleinert.

10. XII. Nachts consistenter Stuhl.

11. XII. Wiederum Abnahme des Exsudats und auch der Härte desselben. Stuhl normal.

21. XII. Resistenz auf tiefen Druck noch wenig empfindlich.

Der Pat. hatte in der ersten Zeit der Erkrankung continuirliches Fieber und geringe Pulsbeschleunigung. Mit Abnahme des Exsudats und der Empfindlichkeit verschwand beides. Die Urinmenge betrug anfangs durchschnittlich nur 650 cbcm. Sonst überstieg sie meist die Norm. Das Allgemeinbefinden war im Ganzen gut.

III. Fall.

Ramzweig, Christian, 47 Jahre alt.

Aufgenommen, am 27. Mai 1878.

Entlassen, „ 1. Juni „

Pat. will Anfang der sechsziger Jahre, als er von Stade auf Urlaub in seiner Heimath war, an Intermittens quotidiana gelitten haben. Seit 14 Tagen fühlt er Schmerzen im Leib, die während der Arbeit zuerst sich einstellten. Uebelkeit und Erbrechen bestanden nicht. Stuhlverstopfung hat Pat. nicht gehabt, nur wenig Appetit. Stat. praes.

Pat. hat einen gespannten Bauch. In der rechten Huftbeingrube ist deutlich eine Resistenz zu fühlen, die auf tiefen Druck etwas schmerzhaft ist. Herztöne rein. Lungen normal. Milz vergrössert. Stuhl regelmässig. Harn sauer, frei von Eiweiss.

1. VI. Resistenz und Schmerzhaftigkeit verschwunden.

Während der Erkrankung bestand keine Temperaturerhöhung und Pulsbeschleunigung. Der Urin war nor-

mal, nur die Menge ging bis auf 750 cbcm. herab. Das Allgemeinbefinden war gut.

IV. Fall.

Ericke, Wilhelm, 31 Jahre alt.

Aufgenommen, am 3. Juni 1878.

Entlassen, „ 5 „ „

Pat. will während des Krieges 1870 einen leichten Anfall von Ruhr und vor drei Jahren das kalte Fieber gehabt haben. Vor 7 Tagen sei er mit Schüttelfrost und Schmerzen in der rechten Seite erkrankt. Während der ganzen Zeit habe er sehr wenig gegessen, dagegen viel Wasser getrunken und öfters nach vielem Wassertrinken brechen müssen. Stuhlverstopfung habe nie bestanden. Letzten Winter habe er eine gleiche Krankheit, wie die jetzt bestehende gehabt.

Stat. praes.

Temp. 39° C. Puls 96. Resp. 26.

Pat. klagt über Schmerzen, die sich auf das rechte Hypochondrium erstreken und ins Epigastrium hineinstrahlen. Der Druck ins Epigastrium und die Lebergegend scheint sehr empfindlich zu sein. Der Schmerz ist am stärksten in der Rigio ileocoecalis, wo schon bei mässig starker Betastung lebhafte Schmerzensäusserungen gemacht werden. Der Bauch ist stark gespannt. In der rechten, unteren Bauchgegend ist gedämpfter Percussionsschall. Die Leber beginnt an der VI. Rippe, erstreckt sich fast bis zur Höhe des Nabels. Milz ziemlich gross. Herztöne rein. Herz normal gross. Es besteht keine Uebelkeit und kein Erbrechen. Der Stuhl ist dünn.

5. VI. Abnahme der Dämpfung. Seit gestern 4mal dünner Stuhlgang.

Während der Erkrankung bestand contiunirliches

Fieber und Pulsbeschleunigung. Der Harn zeigte nichts Abnormes. Das Allgemeinbefinden war gut.

V. Fall.

Winterberg, Adolf, 32 Jahre alt.

Aufgenommen, am 16. Aug. 1879.

Entlassen, „ 28. Octob. „

Pat. war früher längere Zeit an Bronchialasthma poliklinisch behandelt, muss jetzt noch viel husten und expectoriren. Vor 12 Tagen erkrankte er mit Durchfall. Als dieser sich auf verordnete Pulver legte, bekam Pat. heftige Schmerzen im Leibe, sodass die leiseste Berührung empfindlich war. In den letzten Tagen bekam er wieder Durchfall und febrile Symptome.

Stat. praes.

Temp. 38, 9° C. Puls 96.

Das Abdomen des Pat. ist nicht aufgetrieben, überall, besonders aber über der Symphyse und in der Ileosoecalgegend sehr schmerzhaft. An diesen beiden Stellen ist der Percussionsschall gedämpft. Die Leber beginnt an der VIII. Rippe. Diffuser Bronchialkatarrh. Herztöne dumpf, aber rein. Augenblicklich kein diarrhoischer Stuhl.

28. VIII. Abnahme der Dämpfung, nur noch ungefähr handtellergross in der Regio ileocoecalis. Keine Schmerzen. Stuhl wieder leicht diarrhoisch, 3—4mal am Tage.

10. IX. Dämpfung fast verschwunden.

Die Temperatur überschritt im Verlauf der Krankheit die Norm oft um 1—3° C. Der Puls war dementsprechend beschleunigt, bisweilen 100 Pulse. Die Urinmenge schwankte anfänglich zwischen 400—1000 cbcm., ging allmählich wieder auf die Norm zurück. Der Harn zeigte sonst nichts Pathologisches. Das Allgemeinbefinden war gut.

VI. Fall.

Ahrend, Rosine, 52 Jahre alt.

Aufgenommen, am 19. Aug. 1879.

Entlassen, „ 9. Sept. „

und der chirurgischen Klinik überwiesen.

Pat. erkrankte vor 2 Jahren am kalten Fieber, und im Anschluss daran litt sie stets an Frost und Hitze. Sie hatte nach allen Speisen Erbrechen und daneben wehenartige Schmerzen im Leibe, welche anfallsweise auftraten und $^1/_2$—1 Stunde anhielten, während stundenlange, schmerzfreie Intervalle folgten. Ausserdem hatte sie Drang zum Stuhl und Urinlassen, beim Uriniren lebhafte Schmerzen. In letzter Zeit wurden die Schmerzen heftiger, Erbrechen trat häufiger ein. Seit etwa 4 Wochen haben sie namentlich in der Ileocoecalgegend zugenommen, wo Pat. eine Härte bereits seit einigen Jahren bemerkt haben will. Appetit war nicht vorhanden.

Stat. praes. Temp. 39, 3° C.

Pat. klagt über Schmerzen in der rechten Inguinalgegend, welche sich auf Druck enorm steigern. Das Abdomen ist aufgetrieben. In der Ileocoecalgegend fühlt man einen Tumor. Milz palpirbar. Leber vergrössert, lässt sich undeutlich an der unteren Grenze vom Tumor abgrenzen. Herz und Lungen normal. Urin sauer, frei von Eiweiss. Stuhl diarrhoisch.

28. VIII. Bauch weniger aufgetrieben. Grenzen der Resistenz deutlicher. In der rechten Darmbeinhöhle ein länglicher, kleinfingerdicker Strang. Stuhl geregelt.

4. IX. Zunahme der Schmerzen. Mehrfach Schüttelfröste. Tumor an Härte zugenommen. Haut über demselben infiltrirt und sich hervorwölbend. Die Infiltration reicht über den Darmbeinkamm und über das Ligament. Poupart. hinaus. Schmerzen im Bein.

8. IX. Schmerzen sehr intensiv, besonders bei Berührung des hervorgewölbten Theils. Haut daselbst etwas geröthet. Fluctuation undeutlich. Ueber dem Tumor tymganitischer Percussionsschall, der sich bis auf den Oberschenkel erstreckt.

Bei der Incision entleert sich stinkender Eiter und Gas.

Im Verlauf der Krankheit bestand meistend continuirliches Fieber, an einzelnen Tagen auch remittirendes. Die Urinmenge betrug anfangs nur 350—750 cbcm., stieg dann wieder bis auf 1650 cbcm., und ging mit Zunahme der Resistenz und der Schmerzen mitunter bis auf 250 cbcm. zurück. Der Urin war im Uebrigen sauer und eiweissfrei. Das Allgemeinbefinden war nicht gut.

VII. Fall.

Küster, Carl, 17 Jahre alt.

Aufgenommen, am 25. Juni 1880.

Entlassen, „ 28. Juli „

Pat. will bis jetzt immer gesund gewesen sein. Am Mittwoch, den 23. Juni bekam er ziemlich heftige Leibschmerzen und musste sich zu Bett legen. Am Donnerstag ging er in die Poliklinik und bekam dort Calomel, worauf jedoch kein Stuhl erfolgte.

Stat. praes.

Temp. 38° C. Puls 96. Resp. 20.

Pat. klagt über Schmerzen im Bauch, welche namentlich in der rechten Lumbal- und Inguinalgegend sehr heftig sind, sich von da bis zur linken Inguinalgegend erstrecken und sich auf Druck steigern lassen. Der Bauch ist überall straff gespannt. In den Leistengegenden ist gedämpfter Percussionsschall, rechts bis circa 4 Fingerbreit und links etwa 2 Fingerbreit über dem Ligament. Poupart. Es besteht schlechter Geschmack, saures Auf-

stossen und Appetitlosigkeit. An den Lungen nichts Abnormes. Spitzenstoss im IV. Intercostalraum. Herztöne rein. Der Urin ist klar, gelbroth. Pat. klagt beim Uriniren über Schmerzen oberhalb der Synchondrosis oss. pubis. Gestern Abend bekam er auf Hegar 2 grünlich gefärbte, dünnflüssige, z. Th. mit kleinen harten Massen versehene Stühle. Heute Morgen erbrach er grüne, schwach sauer reagirende Massen.

27. VI. In der Nacht wieder etwas Erbrechen. Auf Calomel 4mal dünnflüssiger und mit einigen härteren Brocken vermischter Stuhl. Bauch noch stark gespannt, und empfindlich. Abnahme der Dämpfung.

29. VI. Nachlassen der Durchfälle. Spontane Schmerzen selten und gering. Resistenz noch etwa handtellergross. Einmal Erbrechen.

2. VII. Stuhl dünn, grünlich gelb gefärbt.

25. VII. Resistenz nicht mehr fühlbar.

Während der Erkrankung bestand bis zum 2. Juli mässiges Fieber und geringe Pulsbeschleunigung. Die Urinmenge schwankte anfangs zwischen 200—850 cbcm.; später betrug sie 1000—2000 cbcm. Der Harn war sauer und eiweissfrei. Das Allgemeinbefinden war im Ganzen gut.

VIII. Fall.

Steingrube, Carl, 18 Jahre alt.

Aufgenommen, am 12. Octob. 1880.

Entlassen, „ 21. Dec. „

Pat. klagte vor 14 Tagen über Schmerzen in der rechten Bauchhälfte, welche nach einigen Tagen wieder schwanden und ohne Störung der Darmentleerungen bestanden haben. Am 10. Octob. erkrankte er ganz plötzlich wieder mit heftigen Schmerzen an derselben Stelle.

Nachmittags will er bereits eine Härte in der Ileocoecalgegend gefühlt haben, die auf Druck schmerzhaft war. Der Stuhl war etwas diarrhoisch.

Stat. praes. Temp. 38, 8° C. Puls 76.

Pat. klagt über Schmerzen im Leib. Die ganze rechte Bauchhälfte ist auf Druck empfindlich. Man fühlt dort eine an die Darmbeingrube sich anschliessende, über Faustgrosse harte Geschwulzt, deren Ränder sich nicht überall gleich deutlich abtasten lassen. Herz und Lungen gesund. Stuhl normal. Urin sauer, eiweissfrei.

13. X. Abnahme der Schmerzen und der Resistenz.

25. X. Von Neuem Zunahme der Schmerzen und der Resistenz.

26. X. Einmal harter Stuhl. Fast die ganze rechte Bauchhälfte schmerzhaft, ebenso die Urinentleerung. Urindrang vermehrt.

27. X. Schmerzen geringer. Kein Stuhlgang.

19. XI. Geringes Recidiv.

Täglich war im Verlauf der Krankheit mässige Temperaturerhöhung und Pulsbeschleunigung vorhanden. Die Urinmenge war nur an einigen Tagen gering, betrug dann 500—800 cbcm., überstieg sonst meist die Norm, 2000—3500 cbcm. Der Urin war sonst normal. Das Allgemeinbefinden war gut.

IX. Fall.

Osenbrück, Wilhelm, 19 Jahre alt.

Aufgenommen, am 26. Octob. 1880.

Entlassen, „ 3. Nov. „

Pat. will im 7. Lebensjahr Rippenfell- und Lungenentzündung, das Nervenfieber und eine Geschwulst im Bauch gehabt haben. Vor 14 Tagen erkrankte er mit Durchfall, während er für gewöhnlich sehr retardirten

Stuhl hatte. In der Nacht vom 21. auf den 22. October bekam Pat. plötzlich heftige Schmerzen im Bauch, Erbrechen, Schüttelfrost und Hitze.

Stat. praes. Temp. 38° C.

Pat. klagt über Schmerzen in der Ileocoecalgegend welche auch spontan schmerzhaft ist. Der Bauch prominirt rechts. Dort findet man auch eine schmerzhafte Resistenz, welche sich 4 Querfingerbreit noch oberhalb der Spin. ant. sup. oss. ilei erstreckt. Die Oberfläche derselben ist uneben. Die Leber beginnt an der V. Rippe. Milz undeutlich vergrössert. Ausdehnung und Töne des Herzens normal. Stuhl angehalten. Urin frei von Eiweiss.

Die Krankheit verlief mit geringer Temperaturerhöhung. Die Urinmenge war normal. Der Urin zeigte nichts Pathologisches. Das Allgemeinbefinden war gut.

X. Fall.

Melcop, Friedrich, 24 Jahre alt.

Aufgenommen, am 29. Nov. 1880.

Entlassen, „ 8. Jan. 1881.

Pat. klagt seit dem 25. November über Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend, hat sich unzweckmässiger Weise mit Abführmitteln behandelt und sehr unruhig verhalten.

Stat. praes. Temp. 39, 5° C. Puls 104.

Pat. hat einen aufgetriebenen Bauch und auf Druck Schmerzen in der Ileocoecal- und Blasengegend. Dieselben erstrecken sich nach links über die Medianlinie. Eine Resistenz lässt sich nicht deutlich fühlen. Der Harn sieht ikterisch aus.

4. XII. Der Urin enthält grosse Mengen Indikan.

15. XII. Die Reconvalescenz schreitet sehr langsam vor.

31. XII. Pat. bekam Stuhl nach einem applicirten Hegar, nachdem 3 Wochen lang Stuhlverstopfung ohne Beschwerden bestanden hatte.

Während der Krankheit bestand anfangs meistens beträchtliches Fieber mit Remissionen von 1—1,5° C. und Demgemäss grosse Pulsbeschleunigung (an einigen Tagen 114 Pulse in der Minute). Die Urinmenge betrug oft nur 450—750 cbcm. Der Urin enthielt Tage lang grosse Mengen Indikan. Das Allgemeinbefinden war anfangs nicht gut.

XI. Fall.

Schoppe, Carl, 16 Jahre alt.

Aufgenommen, am 27. Dec. 1880.

Entlassen, „ 6. Febr. 1881.

Pat. will als Kind an der Ruhr erkrankt gewesen sein. Er giebt an, im Frühjahr dieses Jahres dieselbe Krankheit, wie die jetzt bestehende, gehabt zu haben. Am 18. December bekam er Leibschmerzen, Durchfall bestehe noch jetzt. Stat. praes. Temp. 38° C. Puls. 90.

Pat. hat bei ruhiger Bettlage keine Schmerzen. Der Bauch ist unterhalb des Nabels aufgetrieben. In der rechten, unteren Bauchgegend fühlt man eine Resistenz, welche auf Druck schmerzhaft und handtellergross ist. Sie verliert sich allmählich und giebt tymganitischen Percussionsschall.

20. I. 81. Geringer Rest des Exsudates.

1. II. Ganz minimaler Rest an der Symphyse.

Die Erkrankung verlief mit geringer Temperaturerhöhung und entsprechender Pulsbeschleunigung. Die Urinmenge schwankte zwischen 1000—2000 cbcm. Der Urin war normal. Das Allgemeinbefinden war gut.

XII. Fall.

Weitemeyer, Gustav, 53 Jahre alt.

Aufgenommen, am 30. Mai 1881.

Entlassen, „ 8. Juli „

Pat. hat als kleiner Knabe des Nervenfieber, im 17. Jahr die Masern und vor ungefähr 20 Jahren linkseitige Lungenentzündung gehabt. Im Laufe des letzten Sommers hatte er über rheumatische Schmerzen im rechten Bein und in der linken Schulter zu klagen. Zu Anfang des vorigen Winters bekam er von Zeit zu Zeit Schmerzen, welche sich über den ganz Leib erstreckten. Vor 14 Tagen ist Pat. mit Fiebererscheinungen und heftigen Erbrechen zähflüssiger, gelblich-grüner Massen acut erkrankt. Seit gestern Morgen haben sich die Schmerzen im rechten Unterleib localisirt.

Stat. praes. Temp. 39, 2° C. Puls 84.

Der Bauch des Pat. ist namentlich an der rechten, unteren Seite aufgetrieben und daselbst auch schmerzhaft. Es findet sich dort ein Tumor, welcher bis an das Ligameut. Poupart. nach unten, medianwärts 3 Querfingerbreit von der linea alba reicht. Nach oben hin lässt er sich nicht so gut abgrenzen, jedoch ziemlich bis zum Nabel. Die Berührung des Tumors ist nicht sehr empfindlich. Am festesten ist derselbe in der Ausdehnung eines Handtellers dicht über dem Ligameut. Poupart. rechterseits. Seine Oberfläche ist uneben. Der Percussionsschall über ihm ist gedämpft. Der Urin ist frei von Eiweiss und sauer.

2. VI. Abnahme des Exsudates. Schmerzen verschwunden.

8. VI. Exsudat noch etwa klein apfelgross.

14. VI. Exsudat kaum noch fühlbar.

25. VI. Gering Recrudescenz sämmtlicher Symptome.

Die Krankheit ging mit mässigem Fieber und etwas beschleunigtem Puls einher. Die Urinsecretion betrug anfänglich nur 750 cbcm. Der Urin war sonst sauer und eiweissfrei. Das Allgemeinbefinden war gut.

XIII. Fall.

Gepurge, Ottilie, 41 Jahre alt.
Aufgenommen, am 20. Nov. 1881.
Entlassen, „ 5. März 1882.

Pat. hat den ganzen Sommer hindurch an Magenbeschwerden gelitten. Sie hatte nach jeder Speiseaufnahme Schmerzen, welche $^1/_2$ Stunde nach derselben auftraten und sich nach 1stündiger Dauer wieder verloren. Auch musste sie viel brechen, theils nachdem sie gegessen hatte, dann aber auch ohne diese Veranlassung. Das Erbrochene sah gelblich oder grünlich aus. Der Appetit war gering, der Stuhlgang angehalten. Seit 2 Tagen hat Pat. Schmerzen im Unterleib.

Stat. praes. Temp. 38, 5° C. Puls 88. Resp. 24.

Pat. klagt über Schmerzen im Leibe. Von der rechten Huftbeingrube bis in die Lendengegend erstreckt sich eine spontane Empfindlichkeit, welche sich auf Druck steigern lässt. Der Bauch ist mitten unterhalb des Nabels aufgetrieben. Ueber dem Ligament. Poupart. findet sich eine Resistenz, welche sich von der Symphysis oss. pub. bis zur Spin. ant. sup. oss. ilei rechterseits erstreckt, und in deren Mitte die grösste Empfindlichkeit besteht. Die Härte giebt einen gedämpft-tympanitischen Percussionsschall. Pat. hat in den Beinen, besonders rechts Schmerzen. Der Stuhl ist dünnbreiig. Die Urinentleerung muss oft geschehen, macht ihr Schmerzen. Der Harn ist sauer und frei von Eiweis.

24. XI. Urinbeschwerden vollständig verschwunden.

26. XI. Wieder Schmerzen beim Urinlassen.

27. XI und 28. Dünner Stuhl.

30. XI. Die Dämpfung überschreitet jetzt die Mittellinie um mehrere Fingerbreiten. Ungleichmässige, derbe Resistenzen. Schmerzen im Gebiet des Nervus Cutaneus femor. lateralis.

31. XII. Heute Morgen 2mal dünner Stuhlgang, etwa 1000 cbcm. betragend. Derselbe setzt im Laufe des Tages ein etwa 700 cbcm. betragendes, rein eitriges Sediment ab, das zum grössten Theil aus Eiterkörperchen besteht, wovon die meisten jedoch bereits in fettigem Zerfall sind. Dazwischen finden sich einzelne, ausgelaugte, rothe Blutkörperchen.

Abnahme der Schmerzen.

7. I. 82. Schmerzen abermals geringer. Heute regelrechter, geformter Stuhlgang.

13. I. Geformter Stuhlgang. Plötzlich heftige Schmerzen in beiden Seiten. Mehrmals Erbrechen.

3. II. Dünner Stuhl, der ein wenig Eiter enthält.

20. II. Noch geringer Schmerz beim Urinlassen und oberhalb der Symphyse Druckempfindlichkeit.

Während der Erkrankung hatte Pat. meistens remittirendes Fieber und geringe Zunahme der Pulse. Die Urinmenge betrug oft nur 400—1000 cbcm., erreichte nur selten die Norm. Der Urin zeigte sonst nichts Pathologisches. Das Allgemeinbefinden war im Ganzen gut.

Aetiologie.

Bezugnehmend auf die aufgeführten Fälle will ich zunächst auf die Aetiologie der Typhlitis näher eingehen. In 2 Fällen (VII und IX) lässt sich Koprostase, ebenso in 2 Fällen (I und II) Erkältung als Krankheitsursache

nachweisen. Durch die Kothstauung wird die Darmwand in Folge mechanischer Reize in Entzündung versetzt. Die Ansammlung und allmähliche Austrocknung von Faecalmassen im Coecum ist aber leider nur zu sehr erleichtert durch seine abhängige Lage unterhalb der Einmündungsstelle des Ileum in das Colon adscendeus und durch die Verengerung, welche im Darmlumen an der Uebergangsstelle des Coecum in das Colon adscendeus durch das Vortreten der Valvula Bauhini erzeugt wird.

Wenn man die Erkältung als Ursache angiebt, so muss man sich vorstellen, dass die plötzliche Abkühlung der Bauchwand Hyperaemie im Innern und so Entzündung der Gebilde in der Regio ileoeoecalis hervorgerufen wird.

Obgleich sich in dem mir zu Gebote stehenden Material von den sonstigen, aetiologischen Momenten keine eruiren lassen, so verlohnt es sich doch wohl, wenn ich, da die Typhlitis grade nicht zu den seltensten Erkrankungen gehört, noch einige Ursachen, welche Typhlitis herbeizuführen im Stande sind, angebe.

Zu diesen gehören in erster Linie Diätfehler. In Bezug auf diesen Punkt berichtet Speck [1]), dass in Ost-Sibirien Typhlitis sehr oft vorkommt, was er mit dem zu reichlichen Genuss von Gemüse, Hülsenfrüchten und kernigem Obst in Zusammenhang bringt, da diese Dinge der Entstehung von Koprostase Vorschub leisten. Hierher zählt man ferner Traumen, in sofern dieselben eine Lähmung der Darmmuskulatur und so Kothstauung herbeiführen, zu deren Entstehung, wie ich auch schon bemerkt habe, schon an und für sich im Coecum Bedingungen vorhanden sind. Denn einmal biegt der Dünndarm fast

1) Speck, deutsche Klinik, 1867.

unter rechten Winkel in das Coecum ein, und weiter hat hier die erste, stärkere Eindickung des Kothes statt.

Die Bedingungen für Stase von Kothbestandtheilen sind im Proc. vermiformis noch günstigere, als sie es für das Coecum sind. Dazu kommt noch dass der Wurmfortsatz bisweilen in seinem anatomischen Bau von der Norm abweicht, oder dass er catarrhalisch erkrankt ist, wie Biermer und Bossard nachgewiesen haben. So wird der Eingang des Proc. vermiformis bisweilen von einem zuerst von Gerlach genauer studirten, klappenartigen Vorsprung umfasst, dessen übermässige Entwicklung Dingen, welche in den Processus gelangt sind, den Weg zu verlegen im Stande ist. Ist der Proc. vermiformis catarrhalisch erkrankt, dann tritt, wie bei jedem Catarrh des Darmtractus, eine Erschlaffung und Trägheit seiner Muskulatur ein. Auf diese Weise wird die Austreibung seines Inhalts verhindert, und dadurch zu Kothstauung Anlass gegeben. Auch auf Infectionskrankheiten (Phthise, Typhus, Dysenterie) können manche Fälle von Typhlitis zurückbezogen werden, weil diese oft zu geschwürigen Veränderungen des Coecum führen, mitunter allein den Wurmfortsatz in Mitleidenschaft ziehen.

Im Anschluss hieran will ich noch bemerken, dass Männer bei weiten häufiger an Typhlitis kranken als Weiber. Zum Beweise dieser schon längst bekannten Thatsache können wir auch die aufgeführten Fälle heranziehen, da 11 davon Männer, und nur 2 Fälle Weiber betreffen. — Was das Lebensalter der Patienten anlangt so ist bekannt, dass meistens Personen zwischen dem 15—35. Lebensjahr der Erkrankung an Typhlitis ausgesetzt sind. In dem hier vorliegenden Material waren

8 Patienten 15—35 Jahre alt und
5 „ 40—50 „ „

Welche Umstände es eigentlich bewirken, dass besonders Männer und zwar vom 15—35. Lebensjahre erkranken, darüber ist noch keine genügende Aufklärung gegeben. Vielleicht lässt sich die Sache so erklären. Es kommen nämlich in der Jugend und beim männlichen Geschlecht catarrhalische Affectionen des Darmtractus häufiger vor, als bei Frauen und im höheren Alter. So ist dann Gelegenheit zur Kothstauung und damit zur Entstehung der Typhlitis gegeben.

Verlauf und Dauer.

Was den Verlauf der Erkrankung angeht, so wurde das Exsudat in 11 Fällen vollkommen resorbirt. In einem Falle (XIII) brach es in das Coecum durch und gelangte mit den Faeces nach Aussen. In einem anderen Fall (VI) senkte sich das Entzündungsproduct nach unten, dem Bindegewebe folgend, welches sich zur oberflächlichen Fascie des Oberschenkels fortsetzt. Es wurde dann künstlich entleert.

Ich darf mir wohl erlauben, hier etwas näher auf die Ausgänge, welche die Typhlitis nehmen kann, einzugehen. Nur selten tritt eine allgemeine, sondern meist eine circumscripte Peritonitis auf. Dieses hat seinen Grund darin, das frühzeitig entzündliche Verklebungen einzelner Darmschlingen stattfinden, wodurch ein abgekapselter Raum entsteht und von der übrigen Peritonealhöhle abgeschlossen wird. Die Peritonitis kann sich in Folge von Perforation des Proc. vermiformis oder des Coecum selbst bilden, oder auch ohne Perforation, indem das Peritoneum per contiguitatem von der Entzündung ergriffen wird [1]). In der Regel findet Perforation des Wurmfortsatzes statt.

1) Duddenhausen, Inaug. Diss. Berlin 1869.

Bamberger spricht darüber in seinem Lehrbuch der Krankheiten des chylopoëtischen Systems folgendermassen:

„Da die anatomische Erfahrung lehrt, dass die Mehrzahl der von der rechten Darmbeingegend ausgehenden Fälle von umschriebener oder allgemeiner Peritonitis auf Ulceration des Wurmfortsatzes beruhen, so wird man meist nicht irren, wenn man bei Gegenwart heftigerer, peritonitischer Erscheinungen dieser Art den Sitz der Krankheit in diesem vermuthet. Um so wahrscheinlicher ist dieses, wenn das Individuum früher vollkommen gesund war oder nur an vorübergehenden Schmerzen in der Ileocoecalgegend ohne weitere Störungen litt, und die Symptome der umschriebenen Peritoritis plötzlich auftraten. Die grössere Wahrscheinlichkeit spricht dagegen für Entzündung oder Ulceration des Blinddarms, wenn länger dauernde Stuhlverstopfung und fühlbare Ansammlung von Faecalmassen in demselben vorausgegangen, oder daselbst angehäufte fremde Körper (Pflaumen-, Kirschkerne etc.) sich vermuthen lassen, wenn die Gegenwart von tuberculösen oder dysenterischen Geschwüren durch anamnestische Momente und die Untersuchung der übrigen Organe wahrscheinlich ist.“

Die Entzündungsformen in der Regio ileocoecalis können noch andere, sehr schlimme Ausgänge nehmen. So hat man Arrosion von Gefässen mit innerer Verblutung, Thrombose von Mesenterialvenen mit nachfolgender Pylephlebitis, Bildung von Leberabcessen und Pyaemie beobachtet. Der Tod kann auf diese Weise, oder in Folge einer allgemeinen Peritonitis eintreten, oder dadurch, dass das Exsudat, nachdem es in Pleurahöhle und Pericard durchgebrochen ist, Empyem, Pyopneumothorax, Pericarditis herbeiführt.

Die Dauer der Typhlitis war in den 13 Fällen wech-

selnd. In 3 (III, IV, IX) trat schon nach einigen Tagen Besserung ein , während in den meisten anderen Fällen die Krankheit sich über Monate hinzog. In manchen Fällen (VIII, XII, XIII) folgte auf Besserung heftige Exacerbation aller Symptome. Um diesen Zustand herbeizuführen und dem Krankheitsverlauf eine ganz andere Wendung zu geben, dazu genügen schon sehr geringe Anlässe, unvorsichtige Körperbewegung, Pressbewegung beim Stuhl, Husten, Erbrechen, zu häufiges Trinken von Wasser, u. s. w.

Behandlung.

Hinsichtlich der Behandlung stehen sich 2 Ansichten schroff gegenüber. Die eine vertritt den Standpunkt, man solle bei der Typhlitis, namentlich bei der durch Koprostase bedingten (Typhlitis stercoralis), Abführmittel in Anwendung ziehen, um den Darm zu entleeren und die mechanischen Entzündungsreize zu entfernen. So beginnt Duddenhausen in seiner Inaugural - Dissertation, (Berlin 1869) die Therapie der Typhlitis stercoralis mit den Worten: „Wir können an wenigen Krankheiten so eclatant beweisen, dass der Grundsatz „cessaute causa, cessat morbus“ zu Recht besteht, wie an der Typhlitis selercoralis. Die Aufgabe der Therapie kann nur darin bestehen, die angesammelten Kothmassen zu entfernen.

Dieser Ansicht gegenüber geht die andere darauf hinaus, in erster Linie bei der Typhlitis, was für eine Ursache ihr auch zu Grunde liegen mag, den Darm, wie jedes entzündete Organ, ruhig zu stellen.

Diejenigen, welche den Abführmitteln das Wort reden wollen, denken nicht daran, dass sie durch die in Folge des Gebrauchs derselben bewirkte Verstärkung der Peri-

staltik sehr leicht bereits gebildete, salutäre peritonitische Adhaesionen mit Netz oder benachbarten Darmschlingen wieder trennen können. Weiter hat die Anwendung derselben den grossen Nachtheil, dass leicht eine Ruptur des Blinddarms an irgend einer Stelle, wo sich Geschwüre befinden, und dieselben eine Verdünnung der Wand bedingt haben, herbeigeführt werden kann. Auch in dem hier vorliegenden Material trat in 2 Fällen (VI und X) nach Gebrauch von Abführmitteln, welche vor Ablauf der Entzündung gegeben wurden, eine Steigerung sämmtlicher Symptome ein.

Schon der berühmte Praktiker und Anatom John Abercrombie (Untersuchungen über Krankheiten des Darmkanals) sagt in Bezug auf die Anwendung der Abführmitteln."

Die von den Darmausleerungen gehoffte Erleichterung wird deshalb verfehlt, weil in dem Darmkanal eine Krankheit vorhanden ist, welche seine Thätigkeit hemmt, und die auch die Abführmittel verhindert, ihre gewöhnlichen Wirkungen hervorzubringen.

Von der grossen Schädlichkeit der Laxantien hatte Abercrombie jedoch keine Ahnung.

Die ersten, welche auf diesen Punkt aufmerksam machten und Opium als Mittel zur Ruhigstellung des Darms empfahlen, waren die irischen Aerzte Stokes und Graves. In Deutschland hat dann Volz die Opiumbehandlung und ihre Principien zu verbreiten gesucht [1]).

Was die Wirkung des Opiums anlangt, so führt es nicht nur eine allgemeine Erschlaffung des Darmes herbei, sondern auch Linderung der Schmerzen, Sistiren des Erbrechens und des Singultus, dessen Auftreten die Schmerzen

1) Bossard, Inaug.-Dissert., Zürich, 1869.

jedesmal steigert. Das Opium erfüllt also in jeder Weise die Anforderungen, welche an dasselbe bei der Typhlitis gestellt worden.

Die bei längerem Gebrauch des Opiums etwa eintretende Stuhlverstopfung hat durchaus keinen Einfluss auf den Krankheitsverlauf. Denn zu den im Beginn der Krankheit vorhandenen Faecalmassen kommen während der Erkrankung keine neuen, da die Diät, welche ausschliesslich in flüssigen Dingen besteht, eine äusserst strenge ist. So bestand in einem der oben aufgeführten Fälle (X) 3 Wochen lang Obstipation ohne irgend welche Beschwerden für den Patienten. Man kann eine während der Erkrankung bestehende Stuhlverstopfung nur für ein günstiges Moment halten, da sich dann Adhaesionen viel eher bilden und consolidiren.

Wie die Abführmittel, so sind auch Einreibungen der Regio ileocoecalis bei der Typhlitis zu verwerfen, da man einmal durch den Druck auf den Entzündungsherd und dann durch die Anregung der Peristaltik dem Kranken sehr schaden könnte. Allenfalls wäre es vielleicht erlaubt, graue Quecksilbersalbe, von welcher noch viele eine günstige Wirkung bei der Typhlitis erwarten, ganz vorsichtig in die Waden einzureiben oder auf ein grosses Pflaster gestrichen auf des Abdomen aufzulegen. Dabei muss aber nicht vergessen werden, dass die Anwendung des Quecksilbers viele Nachtheile, Eczema, Stomatitis, Parotitis herbeiführen kann.

Allgemeine Blutentziehungen, mit welchen man früher alle inneren, wie äusseren Entzündungen von grösserer Ausbreitung zu behandeln suchte, sind unter allen Umständen zu unterlassen, da sie den Kranken der Gefahr aussetzen, einem, zum grossen Theil durch die massenhafte Blutentziehung bedingten, Collaps zu erliegen.

Dagegen ist bei heftigen Schmerzen die Application von einigen Blutegeln anzuempfehlen, weil dadurch die Schmerzen, welche durch Druck des Exsudates und der gefüllten Venen auf die Nerven entstehen sollen, gemildert werden.

Auch gegen die Anwendung von Eisüberschlägen oder eines leichten Eisbeutels ist, so lange die Schmerzen stark sind, nichts einzuwenden. Bei Pat. welche die Eisblase nicht gut vertragen, kann dieselbe mit warmen Kataplasmen, welche aber nicht zu schwer aufliegen dürfen, vertauscht werden. Von den Kataplasmen ist es bekannt, dass sie dem Kranken sehr angenehm sind und die Erschlaffung der Darmwände unterhalten.

Eine schwierige Frage, welche bei der Behandlung der Typhlitis gestellt werden muss, ist die, wie man bei hochgradigem Meteorismus, wenn Erstickungsgefahr droht dadurch, dass das Zwerchfell in die Höhe gedrängt, und die Athmung frequent und kurz wird, verfahren soll. Da ist der Vorschlag gemacht worden, die Därme mittelst kleiner Troikarts zu punctiren. Dieser Eingriff ist jedoch nicht ganz ohne Gefahr, da dadurch, dass es zu Austritt von Darminhalt kommen kann, die bestehende Perutonitis leicht putriden Charakter annimmt. Der Vorschlag von Bamberger, ein Schlundrohr in den Mastdarm einzuführen, und so Gas aus den Därmen auslassen, führt wegen der Einknickungen des Darms an seinen Umbiegungsstellen und wegen das sich dabei bildenden klappenartigen Verschlusses auch nicht immer zum Ziel.

Hat sich im Verlauf der Typhlitis eine circumscripte, fluctuirende Geschwulst gebildet, dann ist es das Rathsamste, sogleich das Exsudat durch Incision zu entleeren und nach den vorgeschriebenen, chirurgischen Massregeln zu verfahren. In einem unserer Fälle (VI) ist dies auch geschehen.

Wie die Diät für den an Typhlitis Erkrankten einzurichten ist, darüber will ich unten reden.

Da die Behandlungsweise, wie sie in der medicinischen Klinik zu Göttingen üblich ist, sehr günstige Resultate aufzuweisen hat, gestatte ich mir, dieselbe hier kurz anzugeben.

Vor allem wird dem Patienten absolute Ruhe anempfohlen, und zwar so lange, bis die Regie ileocoecalis vollkommen schmerzfrei ist.

Was die Diät anlangt, so erhält der Kranke jedenfalls keine schwer verdaulichen, den Darm mechanisch reizenden Speisen (Hülsenfrüchte, Kohl, Kartoffel, Brod, etc.), nicht ein mal leichter verdauliche Kost sondern ausschliesslich flüssige Nahrung, Milch, Eigelb, Infus. carnis Liebig recens parat., Wein, die verschiedenen Schleime (Gerstenschleim, Hafergrütze etc.) und schleimigen Getränke.

Bei starkem Durst, welcher den Kranken oft quält, bekommt der Pat. Brod- oder Reiswasser oder reine Eisstückchen, aber stets wenig auf einmal, da sonst leicht durch unvorsichtige Befriedigung desselben Erbrechen eintreten kann. Wie schädlich das viele Trinken bei der Typhlitis ist, das können wir deutlich aus einem unserer 13 Fälle (IV) ersehen. Der Pat. giebt selbst an, dass er öfters, nachdem er viel getrunken hatte, habe brechen müssen. Was das Erbrechen aber für Folgen haben kann, habe ich oben auseinandergesetzt.

Um dem entzündeten Organ Ruhe zu verschaffen und zugleich die Schmerzen zu lindern oder zu beseitigen, wird Opium, entweder als Opium purum oder als Tinctura angewandt.

Auf die Regio ileocoecalis wird zur Bekämpfung der Entzündung und auch zur Linderung der Schmerzen eine

Eisblase gelegt, und zwar eine kleine, um keinen Druck zu verursachen.

Bei Collaps werden Reizmittel (Champagner, schwere Weine, Moschus) in Anwendung gezogen.

Bestehen nach Ablauf der Typhlitis noch Infiltrationsgeschwulste, dann werden warme Bäder, Soolbäder, Resorbentien, Eisen-, Jod-, China-Praeparate verordnet.

Um Recidiven, wozu bei der Typhlitis bekanntlich grosse Neigung besteht, — die Fälle I, IV, VIII und XI liefern auch einen Beweis dafür — vorzubeugen, wird Leuten, welche an Obstipation leiden, streng anempfohlen, regelmässig für Stuhlgang zu sorgen und sich sehr vor Diätfehlern und lange Zeit vor körperlichen Strapazen in Acht zu nehmen.

Wenn diese Behandlung in jeder Weise streng durchgeführt wird, dann kann man in der Regel auf Heilung der Typhlitis rechnen. Dies bestätigen auch unsere Fälle, von welchen keiner, obgleich ein Fall mit Perforation des Darms, ein anderer mit Senkung des Exsudates und Durchbruch nach Aussen einherging, einen letalen Ausgang nahm.